

УДК 616.381-002-006-071

*І.Я. Гушул, О.І. Іващук, В.Ю. Бодяка***ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ПОШИРЕНОГО ПЕРИТОНІТУ ОНКОЛОГІЧНОГО ҐЕНЕЗУ**

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

**Резюме.** У статті вивчено клінічні особливості перебігу гострого поширеного перитоніту, причиною якого є злоякісне новоутворення товстої кишки. Встановлено, що перитоніт такого ґенезу здебільшого розлитий, серозно-фібринозний, у термінальній фазі, III ступеня тяжкості, згідно з Мангеймським перитонеальним індексом. Характеризується тривалим терміном

лікування, порівняно високою частотою післяопераційних ускладнень та летальності, що необхідно враховувати при виборі методу та тактики лікування.

**Ключові слова:** злоякісне новоутворення товстої кишки, гострий поширений перитоніт.

**Вступ.** Останнім часом рак товстої кишки дедалі більше привертає увагу багатьох вчених та клініцистів у зв'язку з неухильним зростанням захворюваності на дану патологію. Перфорація стінки товстої кишки або власне ракової пухлини у вільну черевну порожнину є відносно частим та надзвичайно тяжким ускладненням раку ободової кишки, яке тягне за собою розвиток калового перитоніту, летальність за якого становить від 53,8 % до 90 % [1, 4].

Така висока летальність зумовлена тим, що перитоніт виникає на тлі вже існуючих патологічних змін, спричинених раковою хворобою, яка значно ускладнює перебіг захворювання та призводить до незадовільних результатів лікування [5, 7].

Вивчення клінічних особливостей перебігу гострого поширеного перитоніту (ГПП), який виник на тлі злоякісного новоутворення товстої кишки, дасть змогу більш об'єктивно підійти до вирішення питань стосовно вибору оптимальної хірургічної тактики, зокрема характеру та об'єму оперативних втручань, показів щодо застосування програмованих санаційних релапаротомій, їх кількості, способів тимчасового закриття черевної порожнини тощо.

**Мета дослідження.** Ретроспективно вивчити клінічні особливості перебігу ГПП, причиною якого є злоякісне новоутворення товстої кишки.

**Матеріал і методи.** Для вирішення поставленої мети, використовуючи медичні картки стаціонарного хворого, проведено аналіз лікування 21 хворого на ГПП, джерелом якого була товста кишка.

Всі пацієнти розподілені на дві групи – порівняння та основну. Групу порівняння склали 10 осіб із перитонітом не пухлинної етіології, а основну – 11 пацієнтів із злоякісними новоутвореннями товстої кишки. Середній вік осіб групи порівняння становив  $66,4 \pm 5,005$  року, а основної –  $62,2 \pm 4,643$  року. Різниця віку між обома дослідними групами осіб невірогідна.

Вивчали такі показники, як фаза (стадія) та ступінь тяжкості перитоніту, характер ексудату черевної порожнини, площу його поширення, середню тривалість лікування, кількість після-

операційних ускладнень, частоту післяопераційної летальності.

Фазу перитоніту визначали за класифікацією К.С. Симоняна (1971), згідно з якою розрізняють реактивну фазу (тривалістю до 24 год), токсичну (тривалістю від 24 до 48 год) та термінальну (тривалістю понад 48 год) [2].

Площу поширення запального процесу очеревини оцінювали за класифікацією В.Д. Федорова (2000), згідно з якою дифузний перитоніт – це поширення ексудату на дві або три ділянки живота, розлитий, коли запальний процес охоплює від трьох до шести ділянок, а загальний – понад шість [2, 3].

Ступінь тяжкості ГПП оцінювали згідно з Мангеймським перитонеальним індексом, залежно від кількості балів [6].

Всі пацієнти отримували лікування згідно з протоколами надання медичної допомоги хворим на невідкладну хірургічну патологію органів живота (Я.С. Березницький та ін., 2010) [8].

Статистичну обробку отриманих результатів досліджень виконували на персональному комп'ютері з використанням формул теорії статистики. Оцінювали середні значення отриманих даних (М), їхні стандартні відхилення (m), достовірність статистичних показників (p) за t-критерієм Стьюдента. З метою оцінки вірогідності різниці між відсотковими частками двох вибірок використовували критерій Фішера.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Результати дослідження, представлені в таблиці 2, свідчать про вірогідне переважання кількості пацієнтів основної групи, які звернулися в лікувальний заклад із термінальною стадією перитоніту. В основній групі вірогідно переважає кількість пацієнтів, які надійшли в лікувальний заклад із термінальною стадією перитоніту. У групі порівняння переважає кількість осіб із реактивною стадією перитоніту, проте ця різниця невірогідна.

Аналізуючи дані таблиці 3, стосовно вивчення характеру ексудату черевної порожнини, слід відмітити вірогідне переважання кількості осіб із фібринозним у групі порівняння та із серозно-фібринозним – в основній. Якщо розгляну-

Таблиця 1

**Розподіл хворих на гострий поширений перитоніт, залежно від виконаних оперативних втручань, абс., %**

Методи оперативних втручань	Група пацієнтів	
	Порівняння	Основна
Лапаротомія. Зашивання дефекту товстої кишки. Виведення дводольної пристінкової колостоми. СДЧП.	2 (20,0 %)	4 (36,4 %)
Лапаротомія. Операція Гартмана. СДЧП.	7 (70,0 %)	7 (63,6 %)
Лапаротомія. Зашивання дефекту товстої кишки. СДЧП.	1 (10,0 %)	-
Всього:	10 (100 %)	11 (100 %)

Примітка. СДЧП – санація та дренування черевної порожнини

Таблиця 2

**Розподіл хворих на гострий поширений перитоніт, залежно від його стадії, абс., %**

Стадія перитоніту	Група пацієнтів	
	Порівняння (n=10)	Основна (n=11)
Реактивна	5 (50,0 %)	1 (9,1 %) p<0,05
Токсична	3 (30,0 %)	2 (18,2 %) p>0,05
Термінальна	2 (20,0 %)	8 (72,7 %) * p<0,01

Примітки. n – кількість пацієнтів; p – різниця показників між обома дослідними групами осіб; \* – вірогідна різниця проти інших показників у кожній групі осіб

Таблиця 3

**Розподіл хворих на гострий поширений перитоніт, залежно від характеру ексудату черевної порожнини, абс., %**

Характер ексудату черевної порожнини	Група пацієнтів	
	Порівняння (n=10)	Основна (n=11)
Серозний	2 (20,0%)	1 (9,1%) p>0,05
Серозно-фібринозний	1 (10,0%)	6 (54,5%) * p<0,01
Фібринозно-гнійний	7 (70,0%) *	2 (18,2%) p<0,01
Каловий	-	2 (18,2%)

Примітка. n – кількість пацієнтів; p – різниця показників між обома дослідними групами осіб; \* – вірогідна різниця проти інших показників у кожній групі осіб

Таблиця 4

**Розподіл хворих на гострий поширений перитоніт, залежно від площі розповсюдження ексудату в черевній порожнині, абс., %**

Площа розповсюдження ексудату	Група пацієнтів	
	Порівняння (n=10)	Основна (n=11)
Дифузний	7 (70,0 %)	2 (18,2 %) p<0,01
Розлитий	2 (20,0 %)	7 (63,6 %) p<0,05
Загальний	1 (10,0 %)	2 (18,2 %) p>0,05

Примітка. n – кількість пацієнтів; p – різниця показників між обома дослідними групами осіб

ти характер ексудату в середині кожної дослідної групи, то в пацієнтів групи порівняння вірогідно переважає кількість осіб із фібринозно-гнійним ексудатом, а в основній – із серозно-фібринозним. Також, в основній групі пацієнтів у двох випадках мав місце каловий ексудат.

Представлені в табл. 4 результати дослідження площі поширення ексудату в черевній порожнині

вказують на вірогідне переважання кількості осіб із розлитим перитонітом як у середині основної групи, так і по відношенню до групи порівняння. Подібна ситуація має місце і в групі порівняння, за винятком того, що вірогідно переважає кількість осіб із дифузним перитонітом.

Результати дослідження ступеня тяжкості ГПП, згідно з Мангеймським перитонеальним інде-

Таблиця 5

## Розподіл хворих на гострий поширений перитоніт, залежно від його ступеня тяжкості, абс., %

Ступінь тяжкості перитоніту	Група пацієнтів	
	Порівняння (n=10)	Основна (n=11)
I ступінь	2 (20,0%)	-
II ступінь	4 (40,0%)	2 (18,2%) p>0,05
III ступінь	4 (40,0%)	9 (81,8%) * p<0,05

Примітка. n – кількість пацієнтів; p – різниця показників між обома дослідними групами осіб; \* – вірогідна різниця проти інших показників у кожній групі осіб

Таблиця 6

## Частота розвитку післяопераційних ускладнень за гострого поширеного перитоніту, абс., %

Причини післяопераційних ускладнень		Група пацієнтів	
		Порівняння	Основна
“Локальні”	Перфорація гострих виразок ШКТ	-	1 (9,1 %)
	Нагноєння післяопераційної рани	1 (10,0%)	2 (18,2 %)
	Утворення абсцесів черевної порожнини	1 (10,0%)	2 (18,2 %)
Всього:		2 (20,0%)	5 (45,5 %)
“Системні”	Дихальна недостатність	1 (10,0%)	1 (11,2 %)
	Серцево-судинна недостатність	1 (10,0%)	2 (22,2 %)
	Ниркова недостатність	1 (10,0%)	2 (22,2 %)
	Поліорганна недостатність	1 (10,0%)	4 (44,4 %)
Всього:		4 (40%)	9 (81,8 %) *
Загальна кількість пацієнтів		10 (100%)	11 (100 %)

Примітка. ШКТ – шлунково-кишковий тракт; \* – вірогідна різниця між показниками обох дослідних груп

ксом, представлені в таблиці 5. В основній групі відсутні пацієнти із I ступенем тяжкості перитоніту. Вірогідно переважає кількість осіб із III ступенем тяжкості перитоніту як у середині групи, так і проти осіб групи порівняння. У групі порівняння найменша кількість пацієнтів має I ступінь тяжкості перитоніту, проте ця різниця з іншими ступенями тяжкості невірогідна.

Для більш ґрунтовного аналізу післяопераційних ускладнень всі наявні випадки, залежно від їх характеру, розподілили на дві групи – “локальні” та “системні”.

“Локальні” післяопераційні ускладнення безпосередньо пов’язані з органами черевної порожнини, її стінками. До “системних” післяопераційних ускладнень належать серцево-судинна недостатність, дихальна, ниркова, а також їх поєднання – поліорганна.

Аналізуючи результати дослідження частоти розвитку післяопераційних ускладнень, які представлені в таблиці 6, слід відмітити меншу кількість “локальних” ускладнень у групі порівняння на 25,5% (p>0,05).

Кількість “системних” післяопераційних ускладнень у групі порівняння на 41,8% (p<0,05) менша ніж в основній.

Середній ліжко-день у групі порівняння становив 18,11±1,348 діб, що в 1,31 раза (p<0,05) менше, ніж в основній (23,67±1,763 діб). Післяопераційна летальність у групі порівняння стано-

вила 20,0 % (2 особи), а в основній – 45,5 % (5 осіб). Тобто летальність у групі порівняння на 25,5 % нижча, ніж в основній.

Таким чином, підсумовуючи результати проведеного дослідження слід зазначити, що розвиток ГПП, причиною якого є злякисне новоутворення товстої кишки, має певні клінічні особливості, які ускладнюють його перебіг, що доводить вірогідно вища частота розвитку післяопераційних ускладнень та летальності. Так, перитоніт, у хворих на злякисне новоутворення товстої кишки, здебільшого розлитий, має термінальну фазу, III ступінь тяжкості, серозно-фібринозний характер ексудату черевної порожнини. Це пояснюється тим, що хворі на злякисні новоутворення товстої кишки, це особи переважно літнього та старечого віку, із вираженою хронічною супровідною патологією, анемією, гіпопротеїнемією, явищами вторинного імунodefіциту тощо. Розвиток перитоніту на тлі таких патологічних змін в організмі має стерту атипову клінічну картину, що в подальшому призводить до таких наслідків. Це необхідно враховувати при лікуванні ГПП, а саме при виборі об’єму оперативного втручання, тактики стосовно повторних санацій черевної порожнини, методів її дренивання.

## Висновки

1. Гострий поширений перитоніт, який виник внаслідок злякисного новоутворення товстої

кишки, здебільшого є розлитим, серозно-фібринозним, у термінальній фазі, III ступеня тяжкості згідно з Мангеймським перитонеальним індексом, а також для нього характерні: порівняно більша тривалість лікування, вища частота післяопераційних ускладнень та летальності.

Дані клінічні особливості необхідно враховувати при виборі методу та тактики лікування хворих на злоякісні новоутворення товстої кишки, ускладнені гострим поширеним перитонітом.

**Перспективи подальших досліджень.** Вважаємо за доцільне вивчити біохімічні, мікробіологічні та патоморфологічні особливості перебігу ГПП, причиною якого є перфорація стінки злоякісним новоутворенням.

#### Література

1. Бойко В.В. Попередження розвитку ускладнень при лікуванні поширених форм перитоніту / В.В. Бойко, В.К. Логачов, М.Е. Тимченко // Харків. хірург. школа. – 2011. – № 1. – С. 99-101.
2. Класифікація гострого перитоніту / І.Ю. Полянський, Ф.В. Гринчук, В.В. Андрієць [та ін.] // Клін. анат. та операт. хірургія. – 2012. – Т. 11, № 2. – С. 68-70.
3. Лебедев Н.В. Перитонит: учебно-методическое пособие / Н.В. Лебедев, А.Е. Климов. – М.: РУДН, 2009. – 19 с.
4. Периоперационные осложнения в хирургии рака толстого кишечника / В.И. Мидленко, Д.В. Барин, А.В. Зайцев [и др.] // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 5-1. – С. 96-100.
5. Поширений гнійний перитоніт: монографія / В.В. Бойко, І.А. Криворучко, С.М. Тесленко, А.В. Сивожезізов. – Х.: Прапор, 2008. – 280 с.
6. Прогностичне значення Мангеймського індексу перитоніту в сучасній невідкладній абдомінальній хірургії / О.Б. Матвійчук, Д.М. Бешлей, Л.Я. Клецко [та ін.] // Укр. ж. хірургії. – 2010. – № 1. – С. 110-113.
7. Соловьев И.Е. Анализ послеоперационных осложнений у больных с острой толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза / И.Е. Соловьев // Онкология. – 2001. – Т. 3, № 1. – С. 57-61.
8. Стандарти організації та професійно орієнтовані протоколи надання медичної допомоги хворим з невідкладною хірургічною патологією органів живота / Науково-методичне видання; за ред. Березницького Я.С., Фоміна П.Д. – К.: ТОВ "Доктор-Медіа", 2010. – 470 с. – (Серія "Бібліотека" Здоров'я України).

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

*И.Я. Гушул, А.И. Иващук, В.Ю. Бодяка*

**Резюме.** В статье изучены клинические особенности течения острого распространенного перитонита, причиной которого есть злокачественные новообразования толстой кишки. Установлено, что перитонит такого генеза в основном разлитой, серозно-фибринозный, в терминальной фазе, III степени тяжести, согласно Мангеймского перитонеального индекса. Характеризуются длительным сроком лечения, сравнительно высокой частотой послеоперационных осложнений и летальности, что необходимо учитывать при выборе метода и тактики лечения.

**Ключевые слова:** злокачественные образования толстой кишки, острый распространенный перитонит.

## FEATURES OF CLINICAL COURSE OF ACUTE WIDESPREAD PERITONITIS OF ONCOLOGIC GENESIS

*I.Y. Hushul, O.I. Ivashchuk, V.Yu. Bodjaka*

**Abstract.** The clinical features of acute widespread peritonitis course, caused by malignant neoplasms in the large intestine are studied in the article. It has been established, that peritonitis of such genesis is mainly generalized and serofibrinous in the terminal phase, 3<sup>rd</sup> degree of severity, concordantly Mannheim peritonitis index. They are characterized by prolonged treatment, relative high-frequency of postoperative complications and lethality, that must be taken into account while choosing a method and tactics of treatment.

**Key words:** malignant growths of large intestine, acute extensive peritonitis.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – проф. Ф.В. Гринчук

Buk. Med. Herald. – 2015. – Vol. 19, № 2 (74). – P. 62-65

Надійшла до редакції 05.02.2015 року